



Prefeitura Municipal de São Fidélis
Secretaria Municipal de Saúde
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

**SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA LISTA DA
RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)**

TIPO DE SOLICITAÇÃO

() INCLUSÃO () EXCLUSÃO

NOME DA SUBSTÂNCIA: _____

NOME(S) COMERCIAL(IS): _____

FORMA FARMACÊUTICA:

() COMPRIMIDO () CÁPSULA () DRÁGUA () SOLUÇÃO
() SUSPENSÃO ORAL () XAROPE () SUPOSITÓRIO () INJETÁVEL
() CREME () POMADA () OUTRA. ESPECIFICAR: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA PRINCIPAL:-

JUSTIFICATIVA TERAPÊUTICA PARA A SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO:

OBS: NO CASO DE EXISTIREM NA REMUME ALTERNATIVAS PARA A MESMA INDICAÇÃO TERAPÊUTICA, JUSTIFIQUE AS VANTAGENS DA SUBSTITUIÇÃO. INDIQUE AS CONTRA-INDICAÇÕES, PRECAUÇÕES E TOXICIDADES RELACIONADAS COM O USO DO MEDICAMENTO:

EM CASO DE EXCLUSÃO INDIQUE QUE OUTROS MEDICAMENTOS NA REMUME PODEM SUBSTITUÍ-LOS E, EM CASO DE INCLUSÃO, QUE OUTRO MEDICAMENTO PODERÁ SUBSTITUIR O QUE ESTÁ SENDO PROPOSTO E POR QUAL MOTIVO:

INDIQUE A QUE NÍVEL SERÁ UTILIZADO ESTE MEDICAMENTO:

() UNIDADE BÁSICA () AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE
() CENTRO DE REFERÊNCIA () OUTROS, ESPECIFICAR: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES	SIM	NÃO	LINK
O MEDICAMENTO POSSUI REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE?			hp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1
A O MEDICAMENTO SOLICITADO PERTENCE À 18 LISTA DA OMS?			hp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1
O MEDICAMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO MERCADO NACIONAL?			hp://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco_med.htm ABCFARMA; CONSULTA REMÉDIO: hp://www.consultaremedios.com.br



Prefeitura Municipal de São Fidélis
Secretaria Municipal de Saúde
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

ESTÁ REGISTRADO SOB A FORMA GENÉRICO?		hp://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco_med.htm
---------------------------------------	--	---

CUSTO MENSAL MÉDIO DO TRATAMENTO (COMPARADO) ABCFARMA/CONSULTA REMÉDIOS
(<http://www.consultaremedios>):

R\$ _____

APOIO À PESQUISA DE ESTUDOS DE EVIDÊNCIA CLÍNICA:

- COCHRANE: <http://www.cochrane.org>
- AUSTRALIAN PRESCRIBER: <http://www.australianprescriber.com/>
- THERAPEUTICS INITIATIVE-EVIDENCE-BASED DRUG THERAPY: <http://www.ti.ubc.ca/>
- EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM): <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>
- CONSENSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS: - NIH (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH-EUA):
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm>
- DIRETRIZES DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA: [hp://amb.connectmed.com.br/site/index.php3](http://amb.connectmed.com.br/site/index.php3)

OUTRAS INFORMAÇÕES:

- BNF 44ED. SETEMBRO DE 2002: <http://www.bnf.org>
- FDA: <http://www.fda.gov>
- MEDSCAPE DRUGINFO: <http://www.meds>

DADOS DO PROPONENTE:

NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____ TELEFONE: () _____

E-MAIL: _____

Obs: As solicitações de indicações sem referência de bibliografia não serão avaliadas. Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada formulário de solicitação deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo). No caso de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituídos.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Desde já agradecemos muito a sua contribuição.